430

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Pronostic de la Fièvre typhoïde

CHEZ L'ENFANT

dans les Hôpitaux de Paris

PAR

Gaston ANDRÉOLI

Né à Cannes, le 27 Juillet 1890

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Président : MONSIEUR HUTINEL PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES ONCLES — A MES TANTES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Docteurs Arrou.
Dieulafoy (*in memoriam*).
Guinard (*in memoriam*).
Ricard.
Barié.
Lepage.

Externat

Docteurs Chantemesse.
Richardière.

A MM. les Docteurs Laignel-Lavastine et Nobécourt.

A M. le Docteur RICHARDIÈRE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu nous guider dans ce travail. En témoignage de ma profonde gratitude.

A MM. les Professeurs HUTINEL et MARFAN

A MM. les Docteurs COMBY, MÉRY, VARIOT, TRIBOULET, BARBIER, GUINON, BOULLOCHE

Qui ont bien voulu nous autoriser à dresser les statistiques de fièvre typhoïde dans leurs services.

HISTORIQUE

Bien connue depuis le mémoire de Taupin et la description clinique de Rilliet et Barthez qui en ont fixé les principaux traits, la fièvre typhoïde a été décrite chez l'enfant par de nombreux auteurs. Tous d'accord pour la symptomatologie ou le diagnostic, ils sont loin de l'être pour le pronostic de cette affection. Les plus grands écarts existent à ce point de vue. Pour les uns, très bénigne chez l'enfant, la fièvre typhoïde devient pour d'autres aussi grave que chez l'adulte et parfois beaucoup plus. Chez celui-ci, en effet, la moyenne est de 18 o/o. Certains auteurs arrivent à ce chiffre pour l'enfant, quelques-uns même le dépassent 20 o/o (Mme Rivoire), 30 o/o (Netter). Voyons rapidement l'opinion des différents auteurs à ce sujet.

1) *Avant l'application de la méthode de Brandt.*

1843 Rilliet et Barthez (Hôp. enf. mal.)	111 cas,	29 morts	26 o/o
1863 Barthey (Hop. Ste-Eugénie)	104 —	11 —	9,5 o/o
1864 —	—	22 — 5 —	5 o/o
1870 Prunac (Hop. Charité, Lyon)	12 —	4 —	30 o/o
1873 Murchison	de 1 à 5 ans		12,06 o/o
	de 5 à 9 ans		11,28 o/o
	de 10 à 14 ans		12,86 o/o
1874 Cayla	72 cas,	25 morts	30 o/o

Mais la mortalité a considérablement baissé depuis.

2) *L'application de la méthode de Brandt.*

Brandt.	Sur 19.017 cas,	1.480 morts	7,8 o/o
Cadet de Gassicourt	276 cas,	22 mrots	8 o/o
Henoch			13 o/o
1884-7 Ollivier			15 o/o
1897-8 Guinon	23 cas,	4 morts	17 o/o
1899-1900 Variot et Devé	115 cas,	10 morts	

Moyenne de 11 o/o.

1900 Netter dans son travail qui porte sur 17 ans de fièvre typhoïde à l'hôpital Trousseau nous donne les chiffres suivants :

De 1882 à 1899	3.368 cas	409 morts	12,12 o/o

Les phénomènes les plus inquiétants ont été fournis par l'appareil circulatoire, et par les formes spinales ou cérébro-spinales, en 1899 surtout. Mais M. Netter ajoute : « Ces chiffres ne répondent pas à l'idée que l'on se fait en général de la bénignité de la fièvre typhoïde chez les enfants. Ils n'infirment pas cette bénignité, car beaucoup de maladies légères échappent à l'hôpital et celui-ci reçoit une proportion notable de cas graves ou désespérés.

1900 : Dans sa thèse sur le pronostic de la typhoïde Ratier adopte cette moyenne de 12,12 o/o.

1904 : Grancher et Comby dans leur traité trouvent la proportion de 8 o/o donnée par les classiques beaucoup trop faible.

1905 : Dans un article de la Société de Pédiâtrie sur le pronostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant, Pater et

Halbron étudient 63 cas de fièvre typhoïde et arrivent à une proportion de 14,5 o/o.

Il cite les moyennes de Marfan, 2 1/2 o/o (nourrissons exceptés) ; de Moussons, 1/2 o/o ; de Lowet Marsh, 1,30 : enfants de 5 à 10 ans, 7,5 o/o : enfants de 10 à 15 ans.

Les auteurs trouvent cette proportion trop faible, et s'appuyant sur l'opinion de Variot (1899-1900) ils donnent une certaine gravité à la fièvre typhoïde de l'enfant avec d'autant plus de mortalité que l'enfant est plus jeune.

Les filles fourniraient une mortalité 4 fois plus forte que les garçons.

Comme on le voit par ce rapide exposé, il existe une grande divergence entre les opinions des auteurs. Aussi sur le conseil du Dr Richardiere, avons-nous cru intéressant de dresser le tableau d'ensemble de la mortalité de la fièvre typhoïde chez l'enfant pour les hôpitaux de Paris et d'étudier le pronostic de cette affection. Notre étude portera sur tous les services des enfants malades, des enfants assistés, de l'hôpital Bretonneau, de l'hôpital Hérold et de l'hôpital Trousseau.

PRONOSTIC

Le pronostic d'une maladie s'établit d'après plusieurs facteurs qui sont tout d'abord le taux de la mortalité globale, l'aptitude de cette affection aux complications, et enfin ses conséquences. Ayant uniquement pour but, les malades des hôpitaux de Paris, il ne nous sera guère possible de traiter ce dernier point. Nous nous bornerons donc à décrire d'une part la mortalité dans les différents hôpitaux, de l'autre les complications de la fièvre typhoïde à ses diverses périodes, leur fréquence, leur gravité, et dans un chapitre intermédiaire nous étudierons si comme le voulaient les classiques il y a des symptômes qui permettent de guider le pronostic et de prévoir une forme légère, moyenne ou très grave.

CHAPITRE I

Mortalité Globale [1]

Service dn Professeur Hutinel

	Nombre de cas	Garçons	Filles	Enfants âgés de moins de 10 ans	Décès
	—	—	—	—	—
1908	14	9	5	7	1
1909	24	10	14	16	1
1910	20	17	3	7	1
1911	50	30	20	24	3
1912	23	16	7	8	0
1913	35	20	15	17	3

Total de 6 années 166 cas 9 décès soit 5,42 o/o

Service du Docteur Comby :
1906-1913 135 cas 9 décès soit 6,66 o/o

(1) Notre étude ne s'adresse qu'à la seconde enfance. Nous avons omis volontairement la fièvre typhoïde chez les nourrissons. Cette affection ayant à cet âge une description clinique et un pronostic tout à fait différent de celle de la 2e enfance.

Service du Docteur Marfan

	Nombre de cas	Garçons	Filles	Enfants au-dessous de 10 ans	Décès
	—	—	—		—
1908	23	15	8	14	0
1909	28	27	1	12	2
1910	24	21	3	7	0
1911	14	9	5	6	0
1912	26	21	5	9	1
1913	27	21	6	11	1
1914		3	2		

Total de 7 années 142 cas (dont 3 cas int.) 4 Décès 2.83 o/o.

Crèche des Enfants Malades

Depuis 1910 2 cas 1 Décès Soit 50 o/o

Service du Docteur Richardière

	Nombre de cas	Garçons	Filles	Enfants au-dessous de 10 ans	Décès
	—	—	—		—
1904	38	34	4	17	4
1905	29	25	4	15	5
1906	41	17	14	11	1
1907	21	13	8	5	9
1908	9	3	6	4	0
1909	22	11	11	10	0
1910	3 service	fermé 3			0
1911	42	23	19	15	2
1912	21	7	14	8	3
1913	39	11	27	11	1

Total de 10 années : 265 cas (dont 10 cas int^{rs}.) 25 décès.
Soit 9.43 o/o

Service du Docteur Méry

	Nombre de cas	Garçons	Filles	Age au-dessous de 10 ans	Décès
	—	—	—	—	—
1908	7	»	»	»	0
1909	16	»	»	»	1
1910	15	»	»	»	1
1911	51	»	»	»	2
1912	19	»	»	»	1
1913	31	»	»	»	1

Total de 6 années : 139 cas, 6 décès, soit 4,31 o/o.

Service du Docteur Variot

	Nombre de cas	Garçons	Filles	Age au-dessous de 10 ans	Décès
	—	—	—	—	—
1910	»	»	»	»	0
1911	7	4	3	6	0
1912	1	0	1	1	0
1913	7	2	5	3	1

Total de 4 années : 15 cas, 1 décès, soit 6,66 o/o.

Service du Docteur Guinon

	Nomb. de cas	Garçons	Filles	Age au-dessous de 10 ans	Décès
	—	—	—	—	—
1907	22	14	8	11	0
1908	21	14	7	8	1
1909	21	13	8	10	3
1910	27	—	—	—	4
1911	36	23	13	—	0
1912	18	—	—	—	3
1913	37	20	17	—	1

Total de 7 années : 182 cas, 12 décès, soit 6,59 o/o.

Service du Docteur Boulloche

	Nomb. de cas	Garçons	Filles	Enfants âgés de moins de 10 ans	Décès
	—	—	—	—	—
1911	8	2	6	4	0
1912	40	20	20	22	4
1913	31	18	13	24	1
1914	—	3	2	—	1

Total de 4 années : 84 cas, 6 décès, soit 7,14 o/o.

Service du Docteur Barbier

	Nombre de cas	Garçons	Filles	Enfants âgés de m. de 10 ans	Décès
1902	4	1	3	2	0
1903	8	5	3	5	0
1904	5	4	1	3	0
1905	3	2	1	1	0
1906	3	2	1	1	0
1907	11	7	4	2	1
1908	3	0	3	2	0
1909	8	2	6	1	3
1910	3	1	2	0	1
1911	8	4	4	6	0
1912	10	2	8	4	1
1913	20	7	13	5	1

Total de 12 années : 86 cas, dont 7 décès, soit 8,13 o/o.

Service du Docteur Triboulet

	Nombre de cas	Garçons	Filles	Décès
1908	27	7	20	2
1909	19	13	6	1
1910	18	4	14	0
1911	42	21	21	1
1912	33	13	20	1
1913	26	11	15	2

Total de 6 années : 165 cas, dont 7 décès, soit 4,24 o/o.

En résumant ces tableaux de mortalité, nous trouvons :

Hôpital des Enfants-Malades :	Pr Hutinel,	5,42 o/o
—	Pr Marfan,	2,83 o/o
—	Comby,	6,66 o/o
—	Richardière,	9,43 o/o
—	Méry,	4,31 o/o
Hôpital des Enfants-Assistés :	Variot,	6,66 o/o
— Bretonneau :	Guinon,	6,69 o/o
— —	Boulloche,	7,14 o/o
— Herold :	Barbier	8,13 o/o
— Trousseau :	Triboulet,	4,24 o/o
Moyenne de 10 services : 1295 f. t. = 85 morts =		6,14 o/o

Dans son Traité le Dr Hutinel, pour expliquer les chiffres de 17, 20, 30 o/o, pense qu'il faut en rechercher la cause dans l'influence du milieu hospitalier sur la fièvre typhoïde ; influence qui, si elle existe chez l'adulte, existe à plus forte raison chez l'enfant où les infections secondaires sont si fréquentes. Telle rougeole, telle coqueluche qui guérirait facilement en ville, se complique le plus souvent à l'hôpital et devient mortelle. Il en est de même pour la fièvre typhoïde. La toxine typhique met l'organisme dans un état de faiblesse tel qu'elle le rend apte à contracter les plus redoutables maladies. Si nous reprenons ce même argument, devant ce chiffre de mortalité, 6,14 o/o, nous voyons que la fièvre typhoïde est une affection particulièrement bénigne chez l'enfant.

Comment expliquer dès lors ces chiffres élevés de mortalité ? La fièvre typhoïde est une maladie dont la gravité varie suivant l'âge, le sexe, suivant la saison et suivant le milieu. Ces auteurs en ont dressé des statistiques particulièrement noires, traduisant des épidémies très meurtrières. En nous basant sur la proportion à laquelle nous aboutissons portant sur un grand nombre d'années et un grand nombre d'hôpitaux, nous croyons que la fièvre typhoïde est bénigne chez l'enfant, mais que cette affection est sujette à des complications dont la gravité varie suivant leur localisation.

CHAPITRE II

Valeur pronostique de quelques symptômes

La fièvre typhoïde est une affection excessivement fréquente chez l'enfant dans la 2e enfance surtout. La résistance du sujet, la gravité de l'épidémie, une hérédité parfois chargée font que la maladie prendra une allure tantôt légère, tantôt au contraire très grave.

De beaucoup la plus fréquente la forme moyenne revêt à peu près le tableau clinique d'une fièvre typhoïde d'adulte. Certaines particularités, la brusquerie du début avec une température très élevée qui fait hésiter souvent entre une pneumonie et une fièvre typhoïde, Certains symptômes de début un peu spéciaux, tels que des réactions du côté de l'appendice, des réactions méningées en rendent le diagnostic particulièrement délicat à cette période. La maladie comme chez l'adulte se traduit à sa période d'état par de la prostration, du délire, de la diarrhée, du ballonnement du ventre, une fièvre continue. Le pouls dicrote est plutôt rare de l'en-

fance. L'Hypertrophie de la rate n'a été trouvée que dans la moitié des cas par Rilliet et Barthez. Granet nous dit l'avoir trouvée dans tous les cas. Après 2 septenaires dans les cas favorables nous arrivons à la période de déclin caractérisée par la chute de la température en lysis, une crise urinaire, parfois aussi une crise sudorale. La convalescence s'installe. Ici de nouveau un petit point spécial à l'enfance, une reprise trop rapide de l'alimentation est souvent la cause de rechutes assez fréquentes chez l'enfant comme nous le verrons plus loin.

Telle est la forme que nous avons le plus souvent l'occasion d'observer à l'hôpital. Les formes légères, comme le fait observer Netter, n'amènent pas toujours l'enfant à l'hôpital, la forme abortive chez l'enfant n'est en effet pas très rare ; et quand l'enfant est hospitalisé, sa fatigue, son malaise accompagné de fièvre et d'inappétence n'attire pas l'attention de ce côté. Ce n'est souvent que par hasard qu'on arrive au diagnostic.

Assez fréquente est la forme grave presque toujours mortelle, caractérisée par une grande prostration, du délire de l'ataxo-adynamie. Le malade succombe de septicémie éberthienne. Sur 347 cas de fièvre typhoïde nous avons relevé 8 fièvres typhoïdes graves, 1 fois seulement le malade a guéri.

La fièvre typhoïde, comme on le voit, est loin de revêtir toujours le même type clinique. Aussi est-il intéressant de savoir en présence d'un malade sur quels symptômes il est possible de se baser pour orienter sinon formuler définitivement son pronostic.

Tout d'abord l'*âge et le sexe* du malade retiendront un instant notre attention. Plus on est jeune, plus les infections secondaires sont fréquentes et moins on résiste à la fièvre typhoïde (Hutinel).

Griesinger 17 fièv. typ. de 1 à 9 ans, 23,5 o/o mortalité.
» 106 » 10 à 16 ans, 13,6 o/o »

Ollivier : Hôpital Enfants-Malades, 611 cas :

0 à 2 ans	3 cas	2 morts	
2 à 3	7	6	85,63 o/o
3 à 5	35	12	34,29 o/o
5 à 10	217	25	11,50 o/o
10 à 15	349	45	12,89 o/o

Il semblerait donc d'après cette dernière statistique que plus l'enfant avance en âge, plus il a de chances de contracter la fièvre typhoïde, d'autre part très grave jusqu'à 5 ans, la fièvre typhoïde le serait moins de 5 à 10 pour augmenter de gravité de 10 à 15 ans.

Nous avons étudié 59 décès au point de vue de l'âge et du sexe, voici ce qu'il nous a été donné de trouver :

59 décès	29 de 11 à 14 ans
	13 de 8 à 11 ans
	8 de 5 à 8 ans
	9 de 2 à 5 ans

Dans ce tableau un premier point nous frappe, c'est la fréquence de la mortalité de 11 à 14 ans, presque la moitié. Ce fait n'est pas pour nous étonner. Plus l'enfant avance en âge, plus sa pathologie se rapproche de celle de l'adulte et plus la fièvre typhoïde a des chances de présenter de gravité. Notre proportion est cependant

forte, mais nous retiendrons qu'au moment de la puberté la fièvre typhoïde augmente de gravité. Dans la statistique d'Ollivier, nous voyons que de 11,50 o/o de 5 à 10 ans, la mortalité monte à 12,89 o/o de 10 à 15 ans. La différence n'est pas très appréciable, par contre dans une statistique faite en 1906, Allaria conclue que c'est entre 10 et 15 ans qu'il a observé le plus de cas de fièvre typhoïde et le plus de décès. Nous n'avons pas constaté la gravité que donnent les classiques à la fièvre typhoïde avant cinq ans. Mais comme dans la statistique d'Ollivier nous notons ce fait que de 5 à 8 ans, la fièvre typhoïde est assez bénigne. C'est le meilleur âge dirons-nous pour contracter la fièvre typhoïde.

Sexe : Un rapide coup d'œil sur le taux de la mortalité globale nous fait constater que les garçons fournissent un nombre de malades beaucoup plus élevé que les filles.

Sur 59 décès, nous trouvons : 36 garçons, 23 filles.

Or d'après les classiques la fièvre typhoïde serait plus grave chez les filles. Nous le croyons aussi et voici pourquoi : Au cours de nos recherches, nous avons remarqué que dans certains services la salle des garçons contenait beaucoup plus de lits que celle des filles. C'est ainsi que dans le service du Pr Marfan, occupé jusqu'en 1908 par le Dr Richardière, il y a une salle de 28 garçons pour une salle de 10 filles. Aussi pensons-nous que proportionnellement au nombre des malades les filles fournissent plus de mortalité que les garçons.

Nous venons de voir quelles indications on peut ti-

rer de l'âge et du sexe au point de vue du pronostic. Etudions maintenant à ce même point de vue, la symptomatologie de cette affection. Rilliet et Barthez voyaient un pronostic favorable dans l'abondance des tâches rosées. Trousseau au contraire voyait là un signe de mauvais augure. Aujourd'hui ce symptôme de premier ordre au point de vue du diagnostic a perdu de sa valeur quant au pronostic. Discrète ou confluente, l'éruption caractérise une fièvre typhoïde, et c'est tout ce qu'on peut dire.

Par la façon même dont débute une dothienentérie on peut prévoir qu'elle en sera l'évolution. C'est ainsi que le plus souvent l'apparition au début de phénomènes méningés est un indice de mauvais augure. Au congrès de médecine de 1900, Netter a fait observer que les fièvres typhoïdes présentant le signe de Kernig au début donnaient une mortalité de 20,5 o/o au lieu de 7 o/o avec 43,2 o/o de rechute au lieu de 16 o/o. Mais l'étude du liquide céphalorachidien a permis de distinguer 2 ordres de faits dont le pronostic est tout à fait différent. C'est ainsi que ce que Widal appelle les états méningés avec hypertension simple sans grandes modifications cellulaires, ne comporte pas un pronostic aussi sévère que les méningites proprement dites à bacille d'Eberth à liquide trouble, purulent, contenant une notable quantité d'albumine et des bacilles d'Eberth. Dans ces derniers cas d'après Weissenbach la guérison ne s'observe que dans la moitié des cas. On voit donc toute l'importance de la ponction lombaire au point de vue

du pronostic dans les cas de méningo-typhus. Nous devons toujours la faire en présence de symptômes d'irritation méningée avant de porter un pronostic.

De même une fièvre typhoïde débutant par des phénomènes de pneumo-typhus est souvent une forme grave (Grenet).

Ajoutons que dans certains cas le diagnostic avec la tuberculose aiguë est extrêmement difficile. Grenet publie à ce sujet trois observations où le diagnostic fut particulièrement pénible.

Rien à tirer au point de vue pronostic des formes à début appendiculaire, sinon qu'elles compliquent singulièrement le diagnostic.

Au cours même de la fièvre typhoïde, certains symptômes sont de 1er ordre. Les troubles digestifs très intenses, une diarrhée qui se prolonge, des vomissements fréquents, et surtout d'après Rilliet et Barthez la rétraction permanente du ventre, sont des signes de mauvais augure.

Les phénomènes nerveux, convulsions, qu'elles surviennent au début ou au cours même de la maladie, la carphologie, le délire persistant et intense, la raideur du tronc, caractérisent en général pour ne pas dire toujours, des formes graves ataxoadynamiques. Certains auteurs ont voulu attacher une importance spéciale à la somnolence. En réalité ce symptôme traduit une fatigue intense et peut s'observer même dans les formes moyennes. De même les contractures ne comportent nullement un mauvais pronostic.

La température donne souvent d'utiles renseignements. C'est ainsi que la forme en plateau est un indice de gravité. Il faut bien savoir cependant qu'une température qui serait dangereuse pour l'adulte ne l'est pas pour l'enfant.

Le pouls est un guide précieux dans certains cas Murchison y attachait une très grande importance, nous reproduisons sa statistique :

30 cas	P. 110	0 mort	
70	P. + 110	21	— 30 o/o
32	P. + 120	15	— 47 o/o
25	P. + 130	13	— 52 o/0
10	P. + 140	6	— 60 o/o

Ce tableau nous montre que dans une maladie qui accélère relativement peu le pouls, toute augmentation du nombre des pulsations doit attirer l'attention du médecin. Mais encore faut-il savoir que chez l'enfant l'accélération du pouls est plus grande que chez l'adulte. Pour Rilliet et Barthez les tout-petits présenteraient de 60 à 80 pulsations, les enfants plus âgés de 100 à 140. Bouchut estime que de 120 à 160 il s'agit d'une forme grave. Pour étudier le pouls au point de vue du pronostic il faut se baser sur trois éléments capitaux : la fréquence, le rythme, la pression.

En tenant compte de ce qu'il a été dit plus haut chaque fois que dans le cours d'une fièvre typhoïde jusque là normale on trouve une tachycardie persistante, il faut se méfier d'une complication. Pour évaluer cette tachycardie on peut se baser sur la statistique de Murchison.

Au delà de 130 chez l'enfant déjà âgé la tachycardie devient menaçante. Mais d'une façon générale la tachycardie n'a pas chez l'enfant la valeur qu'elle présente chez l'homme.

Le rythme est tout aussi important que la fréquence. Un pouls rapide mais bien frappé, ample, régulier, ne comportera pas un aussi mauvais pronostic qu'un pouls moins fréquent mais mou, irrégulier, petit, dépressible. La toxine typhique est très hypotensive, l'hypopression serait plus marquée chez l'enfant, 9, 2 en moyenne, d'après Carrière et Daucourt. Une hypo ou une hyperpression brusque s'accompagnant de modifications dans la fréquence du pouls sont d'un pronostic fâcheux. De même une dissociation brusque et très marquée du pouls et de la température est un signe de mauvais augure.

CHAPITRE III

Aptitude aux complications

« La fièvre typhoïde même grave guérit le plus souvent s'il ne survient pas de complications. Tant que la guérison n'est pas assurée, on est à la merci des événements aussi graves qu'imprévus, aussi les formes légères elles-mêmes sont à surveiller de près. »

C'est ainsi que s'expriment Rilliet et Barthez dans leur Traité des maladies de l'Enfance. Depuis cette époque de nombreux auteurs se sont occupés de la question des complications de la fièvre typhoïde et tous sont d'accord pour admettre qu'elles sont sinon aussi fréquentes que chez l'adulte, au moins assez fréquentes. Ratier dans sa thèse a réuni :

Perforations ou hémorragies intestinales : 23 cas.
Complications cardiaques : 8 cas.
— nerveuses : 5 cas.
— diverses : 11 cas.

Voyons donc quelles sont ces complications chez l'enfant, quelle est leur fréquence et quelle est surtout leur gravité.

Nous avons étudié à ce point de vue 349 cas de fièvre typhoïde. Nous allons d'abord voir dans un tableau d'ensemble quelles sont celles des complications qui sont le plus fréquentes.

Sur 349 cas nous trouvons 37 complications. Soit 10.60 o/o.

	Guéries	Mortelles	Total
	—	—	—
Ulcérations pharyngées	»	2	2
Perforations intestinales	»	2	2
Hémorragies intestinales	10	2	12
Laryngotyphus	»	1	1
Bronchopneumonie	»	1	1
Laryngite ulcéreuse	»	1	1
Dilatation des bronches	2	»	2
Typhobacilloses	5	»	5
Endocardite	»	1	1
Embryocardie	»	1	1
Phlébite (convalescence)	1	»	1
Rechutes	10	»	10
Périostite	1	»	1
Paralysie des mb. inf^{rs}.	1	»	1
Erythème malin	»	1	1
Otites	4	»	4
Pyodermite	»	1	1
Fièvre typhoïde grave	1	7	8

Etudions maintenant chacune d'elles avec quelques détails.

Mais auparavant, par comparaison, nous reproduirons la statistique d'Allaria faite en 1906.

Sur 147 cas :

84 filles, maximum de cas en novembre.

59 garçons.

Entre 10 et 15 ans il trouve le plus de cas et le plus de décès.

Hémorragie intestinale, 3.

Myocardite, 1 fille de 13 ans. Embolie de la sylvienne. Mort.

Laryngotyphus, 2 : 1 fille de 8 ans, mort ; 1 garçon de 11 ans, guéri.

Broncho-pneumonie, 6.

Manifestations méningées, 4.

Néphrites, 2.

Rechutes, 9.

Moyenne de la mortalité, 4,1 o/o.

Complications de l'appareil digestif

Perforation intestinale.— Si nous étudions les classiques, nous voyons que tous admettent en même temps que la rareté des complications digestives de la fièvre typhoïde, leur grande bénignité. Cadet de Gassicourt, Rilliet et Barthez disent que l'hémorragie intestinale a toujours justifié

le pronostic bénin qu'en portait habituellement Trousseau. La perforation intestinale est très rare ; ces derniers auteurs en citent 4 cas. Grancher et Comby, dans leur traité, ne sont pas du même avis, et faisant la statistique de 6 années dans les hôpitaux de Paris, il nous cite 14 cas de perforations. En 1902, Setbon réunit dans sa thèse 40 cas et arrive à une moyenne de 2 o/o, un peu supérieure à celle d'Erlsberg : 1,2 o/o. Miery, dans un article, pense que ces complications sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Il cite 10 observations de perforations.

Sur les 347 cas de fièvre typhoïde dont nous avons étudié les observations, nous n'avons trouvé que 2 perforations mortelles dans les deux cas, ce qui nous fait une proportion de 0,57 o/o. Si l'on compare ce chiffre à celui de l'adulte, qui est de 3 o/o, on voit que la proportion est plus de 2 fois moindre.

D'apparition à peu près constante vers la fin de la 2e semaine ou le commencement de la 3e, la perforation est dans quelques cas précédée par l'hémorragie intestinale, mais le plus souvent elle est primitive. Sa symptomatologie n'offre rien de bien particulier à l'enfance.

Très rare avant 5 ans, on l'observe le plus souvent chez les enfants déjà grands, des garçons le plus souvent. Dans son traité Marfan cite bien un cas de perforation chez un enfant de 19 mois, mais le fait est exceptionnel. Cependant il arrive que cette complication survienne chez des enfants de 4 à 6 ans. Dans les 2 cas de notre statistique l'une, petite fille était âgée de 5 ans et

demi, l'autre, garçon de 5 ans. Mais dans la plupart des observations néanmoins il s'agit d'enfants assez grands entre 10 et 14 ans.

Le pronostic de cette affection si elle n'est pas opérée est fatal. La mortalité est 100 o/o.

Dans les cas où l'on est intervenu à temps on aurait observé de meilleurs résultats que chez l'adulte (Hutinel). Méry sur 13 opérés cite 5 guérisons ce qui fait un beau résultat.

Certains auteurs avec Rilliet et Barthez admettent que la perforation se rencontrerait surtout dans les formes légères ; aujourd'hui on n'admet plus cette interprétation. Elle survient indifféremment dans les formes graves ou légères mais le plus souvent cependant elle caractérise une forme sérieuse.

Hémorragie intestinale. — Beaucoup plus fréquente que la perforation, l'hémorragie intestinale est aussi bien moins grave. Cependant les classiques ont peut-être exagéré sa bénignité. S'il est vrai que la plupart du temps elle est tout à fait bénigne, d'un pronostic favorable même lorsqu'elle survient à la période de défervescence, il est des cas cependant où l'hémorragie a causé la mort du malade. Ces cas sont parfois nombreux dans certaines statistiques ; c'est ainsi que d'après Ratier, lorsqu'elle survient, l'hémorragie intestinale serait aussi grave que chez l'adulte. Notre statistique ne semble pas justifier cette façon de voir.

Sur 347 cas de fièvre typhoïde, nous trouvons 12

hémorragies intestinales, dont 2 à peine sont mortelles, ce qui nous donne une proportion de 16,66 o/o. Ce chiffre est bien inférieur à celui d'Hutinel qui, pour 94 cas d'hémorragie intestinale donne une proportion de 39 o/o et à celui de Costinesco 50 o/o.

Sur ces 12 cas, elle est survenue 8 fois chez des petites filles, 4 fois seulement chez les garçons. Tous, sauf un (de 6 ans), étaient âgés de 10 à 14 ans. Il semblerait donc, d'après ce que nous venons de dire, que l'hémorragie intestinale survienne plus volontiers chez les filles.

Débutant vers la fin de la 2e semaine le plus souvent (dans 2 observations cependant elle est survenue le 25e jour, une autre fois le 36e jour) elle a présenté une durée qui a varié entre 20 et 34 jours. Dans un cas cependant d'hémorragie avec otite la malade a guéri après 2 mois seulement.

Donc, souvent bénigne mais complication sérieuse et qui n'est pas sans importance dans tous les cas.

Parmi les autres complications d'origine digestive nous citerons 2 cas d'ulcérations pharyngées très étendues survenues chez des malades profondément intoxiqués par le bacille typhique, dans des formes ataxo-adynamiques terminées par la mort. Nous n'avons observé ni stomatite ni angine gangréneuse.

De même nous n'avons pas vu de complications du côté de l'appendice. Ribadeau Dumas et Périneau ont publié dans ces dernières années une observation de gangrène de l'appendice. Seitbert en 1902 avait déjà publié

2 guérisons après opération d'appendicite typhique chez 2 garçons de 10 et 11 ans.

Ces faits sont assez rares. Tantôt marquant le début d'une fièvre typhoïde, tantôt survenant en pleine convalescence, l'appendicite détermine quelquefois une péritonite généralisée.

Un seul cas d'ictère bénin chez une fille de 14 ans qui a guéri sans incidents. Tel est le bilan de nos complications hépatiques. En réalité elles sont exceptionnelles chez l'enfant. Michel Hecquet dans sa thèse a réuni dix observations et il conclue que le plus souvent l'infection des voies biliaires ne se traduit par aucun symptôme : c'est une trouvaille d'autopsie.

OBSERVATION I

(Ribadeau, Dumas et Périneau Sté de Pédiâtrie)

Perforation et gangrène de l'appendice

Garçon de 7 ans.

Entre le 19 octobre pour fatigue et température. Il répond avec peine, très abattu. 38° 8.

Pouls mal frappé bat à 110. Ventre ballonné, très douloureux, surtout le long du colon et plus particulièrement de la fosse iliaque droit. Langue sèche, rôtie, rouge sur les bords.

La douleur iliaque est ancienne. Elle date de 3 semaines. A ce moment on lui avait fait une injection préventive de sérum antidiphtérique son frère étant atteint d'angine diphtéri-

que 4 jours avant son entrée, la douleur avait augmenté. Il s'alite.

Le 18 survient un vomissement verdâtre.

Bientôt survient une selle abondante, verdâtre, liquide. La diarrhée se renouvelle fréquemment. Glace sur le ventre 500cc de sérum.

Etat général s'aggrave. La température oscille autour de 40° 6 à 10 selles par jour, liquides, dysentériformes., Légère bronchite. Rate perceptible. Pas de tâches rosées

22 Oct.: Vomissements.

La température baisse à 38°-4, puis remonte, pouls incomptable la maladie a débuté 4 semaines après que la douleur s'était fait sentir du côté droit.

Séro diagnostic positif.

Culture du sang a permis d'isoler un bacille d'Eberth agglutiné au 1/250 par le sérum du malade.

Autopsie : Rate 172 gr.

Foie muscade.

Estomac : Au niveau du cardia on relève de volumineuse ecchymoses.

Intestin : Plaques de Peyer ovales arrondies, très saillantes, recouvertes d'eschares prêtes à se décoller.

A partir de la valvule sicléo cœcale sur son versant colique sur le cœcum jusqu'à 5 cc. au-dessus de la valvule et sur la moitié supérieure de l'appendice s'étend une vaste plaque de gangrène noir d'encre, en voie de ramollissement laissant exsuder un liquide foncé sans odeur marquée. L'eschare semble être d'une seule pièce, son contour supérieur est irrégulier, mais dans le cul de sac cœcal et au niveau de l'appendice elle paraît uniforme et régulière. Elle envahit la muqueuse et la celluleuse, par contre la musculaire et le péritoine sont absolument intacts.

Complications pulmonaires

Par ordre de fréquence elles viennent immédiatement après les complication intestinales.

Sur 349 cas, 10 compl, pulmon. parmi lesquelles :

1 Broncho chez un enfant de 2 ans — mort
1 Laryngotyphus — mort
1 Laryngite — mort
2 Dilatations des bronches.
5 Typhobacilloses.

Soit une moyenne de 2,86 o/o

Ce tableau nous semble particulièrement intéressant par la diversité des complications qu'il nous offre.

Tout d'abord une bronchopneumonie mortelle chez un enfant de deux ans. La bronchopneumonie survient le plus souvent à cet âge et comporte presque toujours un pronostic fatal. Plus rare chez l'enfant est le laryngotyphus.

En 1900 Guinon et Froin en ont publié une observation.

Chauveau sur 275 cas de fièvre typhoïde trouve 6 laryngotyphus.

Allaria en 1906 sur 147 fièvres typhoïdes trouve 2 laryngotyphus dont un garçon de 11 ans guéri.

La même année Lemaire a publié un cas de mort chez un enfant de 4 ans et 1/2.

En réalité cette complication est absolument exceptionnelle.

Celui dont nous publions l'observation a été déjà étudié dans le service du Dr Marfan par M. Weill Hallé et Lemaire Henri qui en ont relaté l'histoire dans le Bulletin de la société de Pédiâtrie.

Nous n'avons observé de pneumonie, ni au début, ni au cours, ni dans la convalescence de la fièvre typhoïde. On sait que la gravité d'une pneumonie varie suivant le moment d'apparition. Très grave à la période d'état, elle l'est beaucoup moins à la période de début ou dans la convalescence. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point bien connu des classiques.

Les deux cas de dilatation des bronches ont été observés chez des garçons, dans la convalescence de leur fièvre typhoïde. Ces faits sont tout à fait rares. Ils ne sont pas signalés dans les différents traités de maladies des enfants.

Fièvre typhoïde et Tuberculose

Rilliet et Barthez pensaient que si la fièvre typhoïde a une influence sur la tuberculose c'est une influence heureuse : elle ferait passer les tubercules à l'état crétacé, comme la variole et la scarlatine. Ils citent cependant deux observations d'enfants qui ont succombé de bacillose aiguë à la suite de la fièvre typhoïde.

Taupin au contraire croyait que la tuberculose succède quelquefois à la fièvre typhoïde. Actuellement on adopte volontiers cette opinion. Et tout d'abord la fièvre typhoïde n'a pas d'action favorable sur la tuberculose. Point n'est besoin d'insister aujourd'hui sur ce fait. La fièvre typhoïde étant une maladie d'une durée assez longue, et essentiellement débilitante ne peut qu'accentuer des lésions pulmonaires déjà existantes. Nous avons eu

entre les mains une observation du Dr Barbier qui confirme absolument cette façon de voir. Il s'agissait d'une fille de 13 ans 1/2 présentant des lésions assez avancées, elle contracta la fièvre typhoïde et au cours de cette affection présenta successivement des hémoptysies, puis des hémorragies intestinales qui l'emportèrent en quelques jours. Ces observations ne sont pas rares. Donc action néfaste de la fièvre typhoïde sur la bacillose existante. Bien plus, nous dirons que dans quelques cas la fièvre typhoïde prend le sujet en état de bonne santé apparente et le laisse tuberculeux. Dans le service du Dr Richardière, sur 136 cas nous notons 3 fois cette complication. Les malades ont quitté l'hôpital avec des lésions nettes de bacillose. Sur 117 cas du service du Dr Guinon 4 malades sont sortis tuberculeux. Ces faits sont assez fréquents. Dans un cas, nous trouvons une moyenne de 2,28 o/o, dans l'autre 2,20 o/o.

Nous ne parlerons pas de la typhobacillose. La description de cette affection ne faisant nullement partie de notre sujet.

Ici se place une complication qui n'est pas proprement respiratoire, mais dont la cause est dans l'appareil respiratoire. Nous voulons parler des otites dont la cause première est souvent un coryza. Dans les 4 cas d'otites que nous avons observés, chaque fois nous avons noté le coryza primitif.

OBSERVATION II

(par Weill Hallé et Lemain Henri, (Marfan) Sté de Pédiatrie)

Odette Kr.., 4 ans et demi.

Entre le 21 septembre 1905 au pavillon des douteux.

A. H. — Rien de spécial.

A. P. — Aurait eu le croup à dix mois. Bronchites fréquentes et hémoptysies depuis l'âge de onze mois.

Rougeole il y a 15 jours.

17 septembre. — Pris de frissons, de vomissements glaireux, il se met à tousser. Le 20 apparaît une conjonctivite. Ni angine ni éruption.

27 septembre. — Conjonctivite devenue pseudo-membraneuse, il reçoit une injection de 30 cc. de sérum de Roux. Cette injection, dans les 24 heures, est suivie d'un érithème urique.

13 octobre. — La température, jusque là normale ou à peu près, s'élève à 38°. On constate un peu de rhinopharyngite et quelques frottements râles au sommet du poumon gauche en arrière.

16 octobre. — Souffle au sommet gauche au voisinage du hile coïncidant avec de la submatite dans la même région. On pose le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique expliquant en outre une dyspnée légère accompagnée d'un peu de dysphonie. La température qui, depuis le 12 octobre, s'est élevée progressivement, atteint 40° et, le 16 octobre, se maintient presque en plateau jusqu'au 21.

Taches rosées apparaissent. Grosse rate. Séro-diagnostic est négatif au 1/30.

L'hypertrophie de la rate est extrême. Sa limite inférieure atteint une ligne horizontale passant par l'ombilic. Sa consistance ligneuse, l'aspect purpurique des tâches, l'adénopathie trachéobronchique font penser à une leucémie lymphogène, mais l'examen du sang est contraire à cette hypothèse.

30 octobre. — Dyspnée s'exagère brusquement, un tirage violent apparaît et l'enfant est tubé d'urgence à 5 heures du soir. Il reçoit 20 cc. de sérum antidiphtérique. Deux heures après l'injection se produit un urticaire intense et généralisé. Cet érythème persiste 24 heures et disparaît sans laisser de trace.

1er Novembre. — Temp, à 39°. Abdomen tympanisé. Submatite dans la fosse iliaque droite. Plus de tâches rosées, grosse rate, foie déborde largement, cœur normal. En arrière et à droite zone de matité et râles muqueux à bulles fines dans la fosse sous-épineuse. Submatite au niveau du hile gauche.

L'examen de la gorge est négatif.

Examen bactériologique du mucus pharyngé pratiqué sur tube de sérum ne donne que des cocci.

Diagnostic reste hésitant entre une adénopathie trachéobronchique avec compression du récurrent et un laryngotyphus.

Séro-diagnostic positif au 1/40. On s'oriente vers le diagnostic de laryngotyphus.

2 nov. — On détube l'enfant.

Le retubage s'impose par le fait d'une asphyxie imminente. L'ensemencement du mucus contenu dans le tube ne donne que des cocci.

6 : On détube, le retubage est encore nécessaire.

8 : Le tube est rejeté à 5 heures du soir, une réintubation immédiate est pratiquée avec quelque difficulté. L'enfant est

en état de mort apparente pendant quelques minutes. La respiration artificielle le ranime.

A 10 heures le tube est rejeté de nouveau. Des essais infructueux de tubage sont suivis d'une trachéotomie. Mort malgré la respiration artificielle prolongée.

Autopsie : Poumons : Nodules péribronchiques de bronchopneumonie. Pas de lésions tuberculeuses appréciables microscopiquement, à l'origine des bronches, volumineux ganglions adhérents. La bronche droite est nettement comprimée au niveau de son bord supérieur.

Cœur : 0.

Foie 730 gr. congestionné.

Rate 180 gr. grosse, dure.

Intestin : Plaques de Peyer très saillantes ne paraissent pas ulcérées.

Pas de perforation.

Reins : Rien.

Larynx : Ulcérations n'atteignant que la muqueuse, localisées sur la face interne des replis aryténo épiglottiques et à la base de l'épiglotte. Au niveau de l'anneau cricoïdien sur la ligne médiane, une ulcération profonde, cratériforme, lenticulaire de 4 mm. intéresse la muqueuse et le cartilage. Le périchondre est décollé.

Examen microscopique : La muqueuse laryngie est dépouillée de son épithélium, elle est le siège d'une infiltration diffuse. Prolifération cellulaire considérable rappelle les plaques de Peyer intestinales.

Complications cardiaques

Elles sont tout à fait exceptionnelles pour les classiques. Cadet de Gassicourt nous cite une observation de péricardite purulente. Rilliet et Barthez nous signalent l'extrême rareté de ces complications. Grancher et Comby réagissent contre cette opinion. Bacaloglu dans sa thèse réunit un grand nombre d'observations et aboutit à la conclusion suivante : « Les complications cardiaques chez l'enfant sont aussi fréquentes que chez l'adulte. L'appareil cardiovasculaire donne la mesure de l'intoxication typhique. Hutinel trouve cette opinion inexacte. D'après cet auteur les complications cardiaques de la fièvre typhoïde sont importantes plus par leur gravité que par leur fréquence, cette gravité étant cependant moins grande que chez l'adulte. Nous n'avons rencontré dans notre statistique que 2 complications cardiaques et une vasculaire sur 349 cas, ce qui nous donne un pourcentage de 0,85 o/o.

De plus nous avons consulté un grand nombre d'observations de fièvre typhoïde (autres que les 349 cas cités) et nous avons constaté que ces complications sont tout à fait exceptionnelles : L'observation d'endocardite que nous relatons, nous montre une forme tout à fait grave avec embryocardie, augmentation de la matité cardiaque ; puis disparition du premier bruit, et mort. La mort n'est cependant pas l'aboutissement fatal de cette forme. On a vu guérir des enfants qui avaient pendant quelques jours présenté tous ces signes. Ces cas de gué-

risons seraient mêmes plus fréquents que chez l'adulte. Néanmoins ces troubles sont graves et comportent souvent un pronostic fatal. Les deux cas d'embryocardie que nous avons observé ont entraîné la mort du malade. Lorsque ces petits malades guérissent de leur complication, leur cœur ayant été très éprouvé devient moins résistant et il arrive que quelques années après, dans l'adolescence ou plus tard même, une affection cardiaque s'installe. Bacaloglu pense que beaucoup de cardiopathies ne peuvent s'expliquer que par une atteinte antérieure de fièvre typhoïde. Le pronostic d'une complication cardiaque est donc particulièrement grave, soit qu'il entraîne la mort du petit malade, soit qu'il lèse le cœur d'une façon définitive.

Un mot seulement de la mort subite : Dieulafoy donne une moyenne de 2 o/o

Weill l'a observé 1 fois sur 150 et Bacaloglu en cite une observation chez un garçon de 3 ans. En réalité de l'avis de tous les auteurs elle est tout à fait rare. Nous ne l'avons pas observée. La phlébite que nous avons notée a bien justifié le pronostic de bénignité que lui prêtent les différents auteurs qui en ont cité des observations. (Rillet et Barthez, 1 cas) Chantemesse chez un garçon de 15 ans a vu la phlébite se compliquer au bout de 8 jours d'embolie pulmonaire et entraîner ainsi la mort du malade.

D'après Grancher et Comby parmi les lésions vasculaires c'est l'artérite oblitérante avec gangrène qui est la plus fréquente. Cette gangrène est souvent mortelle.

Plusieurs auteurs en ont cité des observations (Ollivier, Drervilt, Rist et Ribadeau, Dumas).

Dans une thèse consacrée à cette étude des gangrènes typhiques chez l'enfant, Vezeaux de Lavergne réunit 5 observations de gangrène des jambes. D'autre part, nous relevons une observation de gangrène de la jambe dans les archives de 1906. Comme on peut le voir, ces cas sont plutôt rares.

En 1906, Baronio a publié un cas d'hémorragie cérébrale survenant au cours d'une fièvre typhoïde chez un enfant de 10 ans. Le fait est absolument exceptionnel.

OBSERVATION III

Fièvre typhoïde avec endocardite chez une choréique (Hutinel)

Ch. Fernande, 10 ans.

A. H. Père a eu des hémoptysies.

Mère emphysémateuse, 2 enfants vivants.

Première grossesse : Eclampsie.

Deuxième grossesse : normale, à 14 mois rougeole, broncho, mort.

Troisième grossesse : C'est l'enfant dont il est question dans l'observation.

Quatrième grossesse : A 16 mois broncho, mort.

A ce moment on aurait soigné la mère pour une affection cardiaque.

Cinquième grossesse : Fausse couche à 3 mois 1/2.

A. P. : A 4 mois diarrhée verte.

3 ans rougeole.

8 ans rhumatisme articulaire aigu.

1911, abcès de l'amygdale gauche.

Février 1912. Grippe. Apparition de mouvements choréiques.

A son entrée à l'auscultation du cœur on note un premier bruit sourd, prolongé presque souffrant le deuxième bruit éclatant au foyer pulmonaire.

30 août : Cœur. Pointe de la 5e espace à 2 travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire. Les 2 bruits aortiques et pulmonaires tendent à s'égaliser.

En sept. Lavement de Salvarsan tous les 2 jours.

16 sept. Rien de nouveau.

28 sept. Il a reçu 10 lavements de Salvarsan. 30 sept. Suppression de lavements.

25 octobre. — Fièvre. Pouls, 120. Céphalée. Rate 10 cm. Rien aux poumons. Au cœur, premier bruit normal.

28 octobre. — Vomissements faciles. Hémoculture nous montre un bacille mobile analogue à celui d'Eberth. Pas de diarrhée. Ventre un peu tendu. Rate, 13. Gros foie. Taches rosées. Langue sèche. Cœur dilaté.

Cœur : premier bruit faible. Tendance à l'embryocardie. Pouls, 140, mou. Pachon 11,5—5,5. Etat général, pas mauvais. Respiration soufflante au hile droit.

29 octobre. — Pachon, 11,5—5. Pouls 136. Séro-positif 1/20.

30 octobre. — P. 11,5—8,5. Pouls, 128. Pas de diarrhée. Foie déborde. Cœur : matité agrandie, premier bruit très faible à la pointe. Râles de bronchite. Bon état général. Bains, glace, pyramidon.

31 octobre. — Frissons. Légère cyanose. Ballonnement du ventre. Constipation. Vomit tout ce qu'il prend depuis 6 h. du soir. Gros foie. Langue sèche. Cœur : premier bruit très faible ; on n'entend pas le deuxième bruit. Pouls 136. Pachon 10—6,5. On supprime les bains.

1er novembre. — Pouls, 116. Pachon, 12—7. Foie diminue de volume. Cœur : bord inférieur très facile à percuter. Bruits nettement frappés. Râles de sibilance.

4 novembre. — Foie, 12. Cœur : L. 17 cm. ; h. 12. Pachon, 11,5—7. Pouls, 112. Premier bruit assourdi.

6 nov. : Jamais eu de diarrhée. Râles de bronchite. Apparition de papules s'effaçant sous le doigt. Pachon 12-7. Ebauche de bruit de galop. Bruits du cœur très assourdis.

7 nov. Pouls 107. Même état.

9 nov. : Bruits assourdis. Rythme embyocardique. Pachon, 13-10. Pouls 107. Même état. Plus de bruit de galop.

11 nov. : Pouls 100. Pachon 13-8, 5.

Embryocardie. Bruits sourds. Foie moins gros.

13 nov. : La cyanose a disparu. Embryocardie moins marquée. Pachon 13-8. Pouls 104. Foie ne déborde plus.

16 nov. : Pachon 13-8. Pouls 104. Cœur : Bruits plus nettement frappés.

$$L = 13 \quad H = 10$$

Aux poumons quelques sibilances.

18 nov. : Pouls 96 + régulier — Pachon 13-9.

$$\text{Cœur : } L = 12 \quad H = 9.$$

1er bruit toujours assourdi.

22 nov. : Pachon 13-9.

29 nov. : La matité de l'oreillette apparaît dans la région dorsale. Premier bruit assourdi ; deuxième bruit très éclatant à l'orifice pulmonaire. Pouls 106. Pachon 14-9.

2 déc. : Les mouvements choréiques réapparaissent au membre supérieur. Intradermo + Fièvre.

Cœur : bruits assourdis. P. 112. — Mort.

Nous serons plus bref au sujet des autres complications.

Complications nerveuses. — Nous avons déjà vu dans le chapitre précédent que les manifestations méningées de la fièvre typhoïde comportaient un pronostic variable suivant qu'elles traduisaient un simple état méningé ou au contraire une méningite éberthienne. Nous ne reviendrons pas sur ce fait. Que ce soit au début de la fièvre typhoïde avant même que le diagnostic soit fait, ou au contraire au cours d'une fièvre typhoïde confirmée nous tirerons les mêmes indications de la ponction lombaire absolument capitale au point de vue du pronostic.

Au cours de la fièvre typhoïde ou dans la convalescence peuvent survenir, dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, des méningites. Sergent, Lemaire et Comby en ont publié des observations. Le diagnostic est extrêmement difficile : la mort survient dans tous les cas. Donc grande rareté et gravité extrême.

Chez l'enfant si les manifestations méningées ne sont pas rares, les complications nerveuses proprement dites ne sont pas fréquentes. L'aphasie est une complication un peu spéciale à l'enfance (sur 17 aphasiques typhiques on trouve 16 enfants). Le pronostic est toujours bénin.

Nous n'avons pas eu d'exemples à citer. Nous signalerons simplement un cas de paralysie consécutive des membres inférieurs terminée par la guérison, dans leur traité Rilliet et Barthez signalent déjà un cas de paralysie généralysée de la convalescence terminée aussi par la guérison. Chez l'enfant les hypéresthésies généralisées ou partielles ne seraient pas rares. Nous reproduisons une observation de Paisseau et Tixier (Société de Pédiâtrie) sur un cas d'hypéresthésie de la moitié inférieure du corps chez une enfant de 9 ans.

OBSERVATION IV

Hyperesthésies douloureuses chez une typhique de 7 ans (Paisseau et Tixier) Professeur Hutinel.

Irène M..., 9 ans, salle Parrot avec signes nets de fièvre typhoïde. Prostration.

Température élevée 40°. Pouls dicrote à 95. Constipation avec une langue saburrale, non trémulante, un ventre météorisé mais sans gargouillements de la fosse iliaque droite. Rate hypertrophiée. Tâches rosées sur l'abdomen. Séro diagnostic 1/50 positif.

A. H. Mère morte de tuberculose pulmonaire.

2 enfants morts de méningite tuberculeuse.

Une sœur chlorotique.

A. P. : Rien.

Depuis 3 semaines l'enfant souffrait de maux de tête,

était constipée et mal en train, se serait plainte de douleurs dans les membres inférieurs. A l'auscultation : inégalité respiratoire. Intradermo +.

21 avril, au 17e jour de sa maladie. Irritabilité. Plaintes fréquentes. Hyperesthésie extrême des téguments se limitant à la partie inférieure du corps a pu être appréciée par comparaison. Sensibilité thermique pas modifiée.

Les tissus profonds (os muscles) ne sont pas douloureux. Aucune modification du côté des réflexes cutanés ou tendineux, des sphincters.

La température commence à baisser en lysis. Amélioration de l'état général. L'hyperesthésie persiste, et dure encore une huitaine puis s'émousse pour disparaître à la sortie de la malade.

Complications diverses

Complications osseuse et articulaire. — Une autre complication spéciale à l'enfance ou tout au moins très fréquente à cette époque de la vie, c'est la complication osseuse ou articulaire. La moelle osseuse est en effet d'après Chantemesse un siège d'élection pour le bacille typhique. D'autre part il est fréquent à la suite d'une fièvre typhoïde d'observer une augmentation de la taille de l'enfant. Cette croissance traduit un travail de la moelle osseuse, une suractivité de cet organe qui nous explique facilement les complications. Leur pronostic est en général bénin, le plus souvent sauf dans certains cas très rares d'ostéomyélite suppurée,

la guérison survient, Beaucoup plus rares sont les complications articulaires. La polyarthrite subaiguë qui est la forme la plus fréquente, guérit sans laisser de traces. La monoarthrite est heureusement plus rare, car elle laisse souvent de l'ankylose après elle.

Dans sa thèse Florange réunit 17 observations de complications osseuses ou articulaires et conclue par un pronostic favorable.

Nous n'avons observé qu'un seul cas de pronostic bénin.

Complications cutanées. — Chez l'enfant la peau s'infecte facilement. Et il n'est pas rare d'observer des complications cutanées (abcès, pyodermite) qui causent souvent la mort du malade. Un cas de pyodermite mortel. Peter et Halbron étudiant 63 malades au point de vue des complications nous signalent 11 cas d'érythème malin à allure épidémique syndrome tout à fait spécial, caractérisé par de la diarrhée des vomissements verts aqueux, un faciès péritonéal, un état général très grave, et des érythèmes soit purpurique, soit scarlatiniforme, polymorphé le plus souvent. La température baisse rapidement et en deux ou trois jours la mort survient. On voit toute la gravité de cette complication ; sur les 11 cas de Peter et Halbron il y a 7 décès. Sur 38 cas de Martin de Gimard il y a 12 érythèmes malins dont 5 morts. Cette complication est donc importante à connaître, puisqu'elle constitue un des accidents les plus redoutables de la fièvre typhoïde. Elle ne s'observe guère qu'à l'hôpital.

OBSERVATION V

Fièvre typhoïde avec éruptions et mort. (Hutinel)

J. Blanche, 12 ans. Entre à l'Hôpital des Enfants-Malades parce qu'elle souffre du ventre.

Ant. hér. — Père mort d'une pleurésie ; mère, rien de spécial, deux grossesses normales, une fausse couche.

Ant. pers. — A terme, nourrie au biberon. Variole de la première enfance.

Histoire. — Il y a deux jours, elle a été prise de maux de tête, de courbature avec temp. à 40°. Diarrhée fétide et intense. Météorisme du ventre. Pas d'épistaxis. Pas de vomissements. Pouls dicrote 110. Langue sèche. Raie blanche de Sergent. Toucher rectal = 0.

24 avril : Pouls petit 120. Délire. Carphologie. Hypéresthésie abdominale. Tendance à l'embryocardie.

25 avril : Ulcérations saignantes des commissures des lèvres. Petites tâches ecchymotiques au coude droit. Eruption bulleuse au niveau du grand trochanter droit. Pouls 136.

26 avril : Délire nocturne. Agitation. Carphologie. Pas de cyanose. Ulcération des lèvres avec un cercle jaunâtre autour. Au niveau de la face postérieure de l'avant-bras et de la jambe est apparue bien spontanément une plaque rouge jambonnée de la dimension d'une pièce de 2 francs. La peau est amincie, des bulles sont en formation au coude gauche.

Au coude droit les tâches rouges sont disparues. Abdomen rétracté. Grandes ulcérations, sur les fesses et à l'aîne droite. Sur la cuisse gauche existe une bulle de la grosseur d'une pièce de 1 fr. Réflexes rotuliens exagérés. Pouls incomptable

Embryocardie. Tension au Pachon 11,5 — 8.

27 avril : Pouls un peu meilleur 130.

Bulles de la cuisse droite sont devenues confluentes et les petits points bulleux d'hier se sont agrandis.

Pas d'érythème cutané. Celui qui existait aux coudes a disparu. Etat général très grave. Température à 40°. Mort.

Le 23 avril le séro-diagnostic fut positif 1/10, puis 1/30, puis 1/50.

Un mot seulement des complications rénales. Elles sont tout à fait exceptionnelles. La néphrite chez l'enfant ne s'observe que très rarement. Quant aux œdèmes qui surviennent soit au cours de la fièvre typhoïde, soit au moment de la convalescence, ils sont en général limités et de pronostic bénin, ils disparaissent rapidement.

De sa statistique de 1906, Allaria a signalé 2 néphrites sur 143 malades. Sur 349 nous n'avons pas relevé de complications rénales.

Rechutes

Pour les rechutes de même que pour les complications nous devons répondre à deux questions. Sont-elles fréquentes ? Sont-elles graves ? Rilliet sur 111 enfants a observé 3 rechutes, le plus souvent d'après lui les rechutes surviennent dans les formes

légères, rarement dans les formes graves. Cadet nous donne une proportion de 4,8 o/o. 4 rechutes sur 83 cas. Comby donne une proportion beaucoup plus élevée, 30 o/o. Il pense aussi qu'elles sont fréquentes dans les formes légères, leur pronostic est bénin. Hutinel, dans sa thèse d'agrégation, nous cite plusieurs statistiques où la mortalité est nulle. Guyard, 22 rechutes 0 mort. Baummler, 21 rechutes, 0 mort. Macaglan, 13 rechutes 0 mort.

Les 10 cas de rechutes que nous avons observés, ont tous justifié ce pronostic de bénignité. Mais dans 3 cas, la rechute s'est compliquée d'otite, dans un cas de complications pulmonaires intenses. Toutes ont d'ailleurs guéri rapidement, 2 seulement ont duré 3 mois. Nous notons ce fait simplement pour faire remarquer que les complications ne sont pas exceptionnelles au cours des rechutes comme le veulent certains auteurs.

On le voit par tout ce qui précède la fièvre typhoïde chez l'enfant est bénigne. Certains auteurs pensent augmenter encore cette bénignité en pratiquant la vaccinothérapie de cette affection. La question n'étant pas encore au point, nous nous bornerons à donner l'opinion des différents auteurs sur ce mode de traitement.

Netter sur 14 cas traités par le vaccin observe 1 mort, sur 11 enfants non traités, 2 morts, 3 rechutes.

D'après cet auteur, la vaccinothérapie diminuait la mortalité et la durée de la fièvre typhoïde.

P. E. Weill (oct. 1913) sur 16 enfants de 1 à 5 ans

traités par le vaccin de Vincent n'a observé ni rechute, ni complication. La guérison est survenue en 8 à 15 jours.

Grenet publie 2 cas guéris.

Comby a traité 5 enfants. Tous ont guéri rapidement.

Variot, Grenet et Dumont, sur 16 cas, notent 15 guérisons. Ces auteurs estiment que ce traitement nullement dangereux abrège parfois la durée de la maladie.

D'Œlsnitz a observé 10 cas favorablement influencés par le traitement, leur durée moyenne a été de 17 jours.

Méry a observé un collapsus dans un cas de fièvre typhoïde vacciné.

Richardière, sur 6 cas note une rechute, 2 collapsus, pas de mort.

Guinon et Malarté ont traité 11 typhiques et ont observé 2 hémorragies intestinales qui ont guéri.

Les opinions sont diverses à ce sujet.

CONCLUSIONS

1° La fièvre typhoïde chez l'enfant dans les hôpitaux de Paris a un pronostic bénin 6,14 o/o.

2° L'âge où l'on observe le moins de mortalité est de 5 à 8 ans. Vers la puberté la gravité de la fièvre typhoïde augmente.

3° Certains symptômes ont une grande valeur pronostique. La ponction lombaire doit être pratiquée en présence de symptômes d'irritation méningée avant de porter un pronostic.

4° La fièvre typhoïde chez les enfants se complique dans la proportion de 10,60 o/o. Par ordre de fréquence on observe les complications digestives, respiratoires, circulatoires.

Vu :
Le Président de Thèse,
HUTINEL.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Allaria. — *Archives médecine enfants* 1906.

Bacaloglue. — Thèse Paris, 1900.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine.

Cadet de Gassicourt. — Traité. — Cliniques.

Castel. — *Gazette Hôpitaux*, 1910.

Calamet. — Thèse Paris, 1902.

Chantemesse. — Traité.

Cucherousset. — Thèse Paris, 1902.

Comby. — Traité Grancher et Comby.

— *Arch. Méd. des enfants*, 1913. Soc. Médicale Hôpit. Décembre 1913.

Claret et Lyon-Caen. — *Gazette Hôpitaux*, 1910.

Dieulafoy. — Précis de pathologie.

Flamini. — *Arch. Médec. des enfants*, 1901.

Florange. — Thèse Paris 1903.

Forget. — Thèse Paris, 1903.

Grenet. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 1902,

— *Monde Médical*, 1913, octobre.

Guinon — *Bull. Sté Pedıâtrie*, 1900.

Griffith. — *Arch. Med. des enfants*, 1903.

HECQUET. — Thèse Paris, 1902.

HUTINEL. — Traité.

— Thèse d'agrégation.

MARFAN. — Traité.

MÉNARD et BRODIN. — *Gazette Hôpitaux*, 1910.

MÉRY. — *Bulletin Soc. Pédiâtrie*, 1913.

— *Presse médicale*, 1902.

NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile.

— *Bulletin soc. pédiâtrie*, 1909.

NOBÉCOURT et BERTHERAUD. — *Bull. soc. pédiâtrie*, 1900.

NETTER. — Fièvre typhoïde à Trousseau, 1900.

— *Archives med. enfants*, 1913.

— La vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde.

PETER et HALBRON. — *Bull. Soc. pediâtrie*, 1905.

RIBADEAU, DUMAS et PÉRINEAU. — *Bul. soc. pediâtrie*, 1909.

RIBADEAU, DUMAS et HARVIER. — *Bull. soc. de pediâtrie*, 1910.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité.

RATIER. — Thèse 1900, Paris.

SETBON. — Thèse Paris 1902.

SEIBERT. — *Archives Médecine des enfants* 1902.

STOWELL. — *Archives Médecine des enfants* 1902.

TIXIER et PAISSEAU. — *Bulletin Soc. Pédiâtrie* 1909.

TOLLEMER. — *Bulletin Soc. Pédiâtrie* 1901.

WEILL et HALLÉ. — *Bulletin Soc. Pédiâtrie* 1906.

WEISSEMBACH. — *Gazette Hôpitaux* 1913.

WEZEAUX DE LAVERGNE. — Thèse de Paris 1903.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Historique..... 13

Pronostic..... 17

Chapitre I. — Mortalité globale..... 19

Chapitre II. — Valeur pronostique de quelques symptômes..... 27

Chapitre III. — Aptitude aux complications.... 35

Conclusions..... 63

Bibliographie..... 65